

皇家布里斯班妇女医院施行颈动脉内膜剥离术的15年经验： 预后及治疗倾向改变

N. Organ,^{*} P.J. Walker, J. Jenkins, W. Foster and J. Jenkins

Department of Vascular Surgery, Royal Brisbane and Women's Hospital,
Butterfield Street, Herston, Queensland, Australia

目的： 该研究回顾了皇家布里斯班妇女医院进行颈动脉内膜剥离术的结果，以提供和颈动脉内支架植入术比较的基准，并记载了成像和操作手法随时间推移所做的改进。

方法： 对1992至2007年间皇家布里斯班妇女医院颈动脉内膜剥离术的数据库进行分析。

结果： 1992年到2007年5月间共有1313名患者（平均年龄69.2岁，其中9%患者至少80岁，69%为男性）在皇家布里斯班妇女医院接受了颈动脉内膜剥离术。手术指征中有症状的颈动脉狭窄占67%。接受的术前检查包括多普勒扫描占97%，血管造影占24%，头颅CT占33%。血管造影发现3.5%的患者曾发生神经事件（1.6%为中风，1.9%为TIA）。7例死亡（0.5%）和28例中风（2.1%），中风合并死亡发生率为2.4%。一过性缺血性卒中发生率为1.1%。用碎片修补和实习生操作且外科医生不慎提示更高的中风合并死亡发生率。改变倾向包括：术前血管造影从66%降至低于5%，修补率由39%升至几乎100%。

结论： 皇家布里斯班妇女医院施行的颈动脉内膜剥离术符合现有标准。手术更加倾向于在仅予多普勒超声检查的基础上进行，几乎所有手术均需要修补。

不同登记名单报导的颈动脉内膜剥离术不利事件是否具有可比性？

A.G. Taha,^{1,2} P. Vikatmaa,^{1*} A. Albäck,¹ P.S. Aho,¹ M. Railo¹ and M. Lepäntalo¹

1. Department of Vascular Surgery, Helsinki University Central Hospital, Helsinki, Finland, and 2. Department of Vascular Surgery, Assiut University Hospitals, Assiut, Egypt

目的： 在不同水平验证以评估血管登记名单间程度差异，并研究这些差异能否影响颈动脉内膜剥离术金标准资料集的发病率和死亡率。

方法： 从当地血管登记名单（HUSVASC）和赫尔辛基大学中心医院出院登记名单（HILMO）找到2000至2005年该院颈动脉内膜剥离术名单。不同水平验证两份名单后组成最终资料集。通过不同水平验证并比较最终资料集和之前系统回顾汇合的比率，统计总体和适应征特异性围手术期发病率及死亡率。

结果： HUSVASC 和 HILMO最初分别提供675例和681例CEA数据，用附壁血栓清除术和血管修补成形术特异性操作规范后减至636例（94%）和614例（90%）。原始HUSVASC数据有655例（97%）经指南审核证实为CEA。18例仅在HILMO中登记，还有待证实的CEA也加入最终资料组（n=673）。围手术期发病率及发病率合并死亡率分别为2.23%和2.67%。该比较源于HUSVASC 和 HILMO名单，不考虑审核水平。

结论： 数据名单并未因某些操作所致的随机丢失有失偏倚，故它们对作出决定是可信的。尽管如此，为维持数据库信赖度仍需更多研究来评估登记中允许的疏漏程度。

选择性腹主动脉瘤修复：动脉瘤内径是否影响长期生存率？

M. Sahal,¹ A.M. Prusa,¹ A. Wibmer,¹ K.S. Wolff,² J. Lammer,³
P. Polterauer,¹ G. Kretschmer¹ and H. Teufelsbauer^{1*}

1. Departments of Vascular Surgery, 2. Anatomy, and 3. Angiography and Interventional Radiology, Medical University of Vienna, Austria

目的： 探讨选择性修复后原始腹主动脉瘤内径是否影响长期生存率。

设计： 对数据库进行回顾性分析。

材料和方法： 共搜集895例在1995年3月到2006年12月之间选择开放手术或血管内修复治疗的患者。动脉瘤内径以5.5厘米为界来辨别小动脉瘤和大动脉瘤，该定义源自英国小动脉瘤试验。同时评估患者特征和基础危险因子分布。报告生存评估（Kaplan-Meier）和Cox比例风险回归结果。

结果： 腹主动脉瘤修复术后前6年小动脉瘤患者可能更易存活，该倾向在校正治疗模式和基线各风险因子后依然存在。校正年龄和性别的影响后小动脉瘤与更低的死亡风险相关（ $p < 0.0016$ ）。

结论： 小动脉瘤患者（内径 ≤ 5.5 厘米）较大动脉瘤患者远期生存率更高。

可疑腹主动脉瘤破裂患者CT血管造影结果解释的观察者间和观察者内变异

L.L. Hoornweg,¹ W. Wisselink,² A.C. Vahl,³ J.A. Reekers,⁴ O.M. van Delden,⁴ D.A. Legemate¹ and R. Balm^{1*}

1. Department of Vascular Surgery, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands, 2. Department of Vascular Surgery, Vrije Universiteit Medical Center, Amsterdam, The Netherlands, 3. Department of Vascular Surgery, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, The Netherlands, and 4. Department of Radiology, Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

目的：在可疑腹主动脉瘤破裂患者中，对同一观察者多次操作和不同观察者操作在CT血管造影破裂表现及是否适合血管内修复术上的一致性进行评估。

方法：在阿姆斯特丹急性动脉瘤研究随机多中心试验（ISRCTN66212637）中登记所有阿姆斯特丹地区可疑的腹主动脉瘤破裂患者。分析该前瞻性数据库现有的51例患者。术前CT扫描2次，由3名血管外科医师和2名介入放射科医师间隔6周进行。记载的数据包括动脉瘤破裂的表现，内径和肾下主动脉干的长度，双侧髂总动脉内径及解剖学上是否适合EVAR的最终判定。结果统一采用二分法计算的Kappa值优于一般猜测。连续研究结果通过计算组内相关系数（ICC）和Bland-Altman图得出。

结果：符合破裂表现组kappa值为0.59（CI：0.42 - 0.77）。适合EVAR组的kappa值为0.38（CI：0.24 - 0.51）。内径，肾下主动脉干长度，左侧和右侧髂总动脉内径的ICC分别为0.40（CI：0.26 - 0.56）、0.47（CI：0.32-0.62）、0.61（CI：0.48 - 0.74）和0.35（CI：0.21 - 0.50）。Bland-Altman图证实不同观察者间存在较大变异。同一观察者多次操作的kappa值在符合破裂表现组为0.57-0.78，而在适合EVAR组为0.40-0.80。

结论：对于动脉瘤破裂的表现及是否适合EVAR的合理协定在不同观察者间已建立中度一致性。观察者多次操作的一致性从中度到几乎完美。基于这些数据，动脉瘤破裂的血管内修复须强调协议最优化，以识别解剖学标准定义明确的统一测量技术。

感染性上肢动脉瘤的回顾

Luis R. Leon,^{1,2*} Shemuel B. Psalms,¹ Nicos Labropoulos³ and Joseph L. Mills^{1,2}

1. Southern Arizona Veteran Affairs Health Care System (SAVAHCS) eVascular Surgery Section, Tucson, Arizona, USA, 2. University of Arizona Health Science Center (AHSC), Division of Vascular Surgery, Tucson, Arizona, USA, and 3. Division of Vascular Surgery, University of Medicine and Dentistry (UMDNJ), Newark, New Jersey, USA

目的：对累及上肢动脉的细菌性动脉瘤事件做一综述。

设计：文献综述。

材料和方法：通过检索1950年到2007年MEDLINE相关文献和广泛手工检索参考书目，从已发表的相关文献中找到累及末梢至锁骨下动脉的病例。

结果：共入选149例患者（68篇论文）。报道最多的部位是肱动脉，绝大多数情况下合并滥用毒品，导管手术或心内膜炎。从1950年起动脉创伤（滥用毒品或导管手术）成为最常见原因。最常见致病菌为格兰阳性有机物。从有限的随访期来看，若手术治疗得当大多数患者预后良好。

结论：目前感染性上肢动脉瘤罕有描述。静脉毒瘾者是细菌性上肢动脉瘤独特的高危人群，尤其是腋动脉和肱动脉。迅速施行动脉结扎、一级修复或自体血管重建预后良好。

表浅股动脉退行性动脉瘤

L.R. Leon Jr.^{1,2*} Z. Taylor,^{1,2} S.B. Psalms,^{1,2} and J.L. Mills Sr.^{1,2}

1. Southern Arizona Veteran Affairs Health Care System, and 2. University of Arizona Health Science Center, Tucson, AZ, USA

目的：对表浅股动脉瘤的发病机理、临床表现、诊断、治疗及预后（发病率和死亡率）做一综述。

方法：广泛回顾各种语言可利用的文献，并提供关于我们研究发现的详尽讨论。

结果：共入选61例SFA动脉瘤患者。其中大多数是老年人，病变主要累及右下肢，常定位于动脉的中间1/3段。因为做出诊断之前瘤体往往达到了一相对较大内径，所以诊断明确的SFA动脉瘤通常已出现症状。最常见表现为局部疼痛合并脉动性肿块。与腘动脉瘤相反，SFA动脉瘤更多表现为瘤体破裂而不是远端肢体缺血。迄今为止血管造影是最常用的诊断工具。治疗方法首选管腔内移植，其他还有瘤体切除及外科分流等。

至今只有3例SFA动脉瘤行血管内修复术的报告。已报导的缺血和截肢发生率较低，SFA动脉瘤修复可能预后良好。

Viabahn支架治疗严重表浅股动脉损伤的效果：哪些因子影响长期开放？

Y.S. Alimi,^{1*} Z. Hakam,¹ O. Hartung,¹ M. Boufi,¹ P. Barthèlemy,¹ K. Aissi¹ and M. Dubuc^{1,2}

Departments of 1. Vascular Surgery, and 2. Medical Statistics, University Hospital Nord, Marseille, France

目的： 评估涂层支架治疗表浅股动脉闭塞性疾病的效果。

试验设计： 回顾性研究

方法： 从2000年到2005年，共计102条肢体因间歇性跛行（组I，n = 50条肢体）、临界缺血性病变（组II，n = 32）或急性缺血（组III，n = 20）植入Hemobahn/Viabahn涂层支架（95例患者；平均年龄72.1岁，从52到94岁）。按照TASC协会分型将病变分为A型（n=9）、B型（n=42）、C型（n=28）和D型（n=23），该分型与较好（2到3条下肢动脉，n=60）或较差（1或0条动脉，n=42）灌流量相关。

结果： 所有病例均成功植入腔内支架，但发生早期死亡事件3例（3.2%）（组II 1例，组III 2例），急性血栓事件4例（4%）。经过平均30.2个月的随访期后，累计一级和二级开通率在术后第一个月为97 ± 1.7%和99 ± 1%，第一年为74 ± 4.8%和84 ± 4.1%，第三年为71 ± 9.5%和79 ± 8.5%。TASC C型和D型损伤的一级和二级长期开放率有显著差异（p < 0.004 & 0.001）。

结论： 在严重的SFA闭塞性病变需植入Hemobahn/Viabahn腔内假体前，应主要考虑病变的严重程度，而不是术前症状或灌流量。

占位性腿部症状和慢性静脉疾病的压迫疗法：一项对随机对照试验的荟萃分析

F. Amsler^{1*} and W. Blättler²

1. www.amslerconsulting.ch, Switzerland, and 2. Angio Bellaria, Center for Vascular Diseases, Zürich, Switzerland

目的：腿部不适和水肿常由静脉疾病（CVD）或慢性静脉功能不全（CVI）引起并可用丝袜压迫治疗。但对于达到临床获益所需的压力大小仍存在争论。

设计：随机对照分为丝袜压力10到20mmHg组，安慰剂组，不治疗组和丝袜压力大于20mmHg组进行荟萃分析

方法：通过协作网的工具找到并分析随机对照临床试验数据。对每项研究独立进行回顾分析。结合主观二元因子、连续因子和客观发现进行统计处理。

结果：11项随机对照试验符合事先定义的标准。共包含了1453例随机试验对象，794例处于不同压力规格的健康人群，552例合并慢性静脉疾病或慢性静脉功能不全的患者，其中141例患者有静脉曲张手术史。总之，与小于10mmHg压力、安慰剂及不治疗相比，丝袜压力10到20mmHg对水肿及腿部症状疗效确凿（ $p < 0.0001$ ）。没有研究显示丝袜压力在10–20mmHg与大于20mmHg时疗效存在差异。

结论：尽管存在重要的方法学多样性并且报导有时不符合标准，该荟萃分析提示腿部加压10–15mmHg对CVD是一种有效治疗方法。更小的压力无效，而更高的压力可能也不能额外获益。